

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΟΝΟΡΡΟΙΑΣ, ΣΥΦΙΛΗΣ ΚΑΙ ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΤΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ :	
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΦΟΡΕΑ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
EMAIL:	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΟΝΤΑΙ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΥΤΩΝ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΤΟΥΣ;

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΥΦΙΛΗ	ΧΛΑΜΥΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ
Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

1) Παρακαλώ αναφέρατε τις μεθόδους που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης από τους άνδρες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση					
β) Καλλιέργεια					
γ) Μοριακή δοκιμασία					

2) Παρακαλώ αναφέρατε τις μεθόδους που διενεργούνται για τη διάγνωση της γονόρροιας σε δείγματα από διαφορετικές θέσεις λήψης από τις γυναίκες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Gram χρώση	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
β) Καλλιέργεια	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
γ) Μοριακή δοκιμασία	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

3) Εάν χρησιμοποιείτε μοριακή δοκιμασία για τη διάγνωση της γονόρροιας παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
β) Τη μέθοδο της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας		

4) Εάν διενεργείτε καλλιέργεια, πραγματοποιείτε δοκιμασίες για να επιβεβαιώσετε την ταυτότητα των αποικιών *N. gonorrhoeae*:

Ναι, πάντα ☐ Ναι, ορισμένες φορές ☐ Όχι ☐

5) Πραγματοποιείτε δοκιμασίες ευαισθησίας:

Ναι, σε όλα τα στελέχη ☐ Ναι, σε ορισμένα στελέχη ☐ Όχι ☐

Αν ναι, παρακαλώ σχολιάστε:

6) Στέλνετε στελέχη γονόκοκκου σε εργαστήρια αναφοράς:

Ναι, για επιβεβαίωση ☐ Ναι, για άλλους λόγους, παρακαλώ προσδιορίστε Όχι ☐

ΧΛΑΜΥΔΙΑ

7) Παρακαλώ αναφέρατε τις μεθόδους που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τους άνδρες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Κυτταροκαλλιέργεια					
β) Ανοσοφθορισμός					
γ) Μοριακή δοκιμασία					
δ) Ανοσοχρωματογραφία					
ε) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε					

8) Παρακαλώ αναφέρατε τις μεθόδους που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε δείγματα από διαφορετικά κλινικά σημεία από τις γυναίκες:

	Ουρήθρα	Ούρα	Τράχηλος της μήτρας	Κόλπος	Self take swabs/ Κολπικά ταμπόν	Ορθό	Φάρυγγας	Άλλη θέση, Παρακαλώ προσδιορίστε
α) Κυτταροκαλλιέργεια								
β) Ανοσοφθορισμός								
γ) Μοριακή δοκιμασία								
δ) Ανοσοχρωματογραφία								
ε) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:								

9) Εάν χρησιμοποιείτε ανοσοχρωματογραφία ή άλλη μέθοδο για τη διάγνωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων παρακαλώ προσδιορίστε τα ακόλουθα:

α) Εάν επιβεβαιώνετε τα θετικά αποτελέσματα	Ναι ☐	Όχι ☐
β) Τη μέθοδο της επιβεβαιωτικής δοκιμασίας		

ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

10) Διενεργείτε ταυτοποίηση για τους ορότυπους L1, L2 και L3;

Ναι ☐

Όχι ☐

ΣΥΦΙΛΗ

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ

11) Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε σε βλάβες για τη διάγνωση της σύφιλης

α) Μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου	Ναι ☐	Όχι ☐
β) Μοριακή δοκιμασία	Ναι ☐	Όχι ☐
γ) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:		

ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

12) Παρακαλώ προσδιορίστε ποιες δοκιμασίες χρησιμοποιείτε για την ανίχνευση και επιβεβαίωση της σύφιλης

	α) Ως ανιχνευτική δοκιμασία	β) Ως επιβεβαιωτική δοκιμασία	γ) Παραπομπή για επιβεβαίωση	Σχόλια:
α) Ποιοτική VDRL/RPR				
β) Ποσοτική VDRL/RPR				
γ) Χημειοφωταύγεια (CLIA/CMIA)				
δ) ΕΙΑ (IgG/IgM)				
ε) Ποιοτική TRHA/TRPA				
στ) Ποσοτική TRHA/TRPA				
ζ) FTA-Abs (ολικό/IgM)				
η) Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε				
θ) Στέλνετε δείγματα σε εργαστήριο αναφοράς για επιβεβαίωση;			Ναι ☐	Όχι ☐
ι) Εάν ναι, παρακαλώ αναφέρατε σε ποιο:				

	ΝΟΣΗΜΑΤΑ								
	Γονόρροια			Χλαμύδια			Σύφιλη (από ασθενείς)		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Α) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ									
Β) ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ							Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθμ	Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθμ	Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθμ
							Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας (αν γίνεται) Αριθμ.....	Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας (αν γίνεται) Αριθμ.....	Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας (αν γίνεται) Αριθμ.....
Γ) ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ/ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ									
Κλινικές/Εξωτερικά ιατρεία (πχ Δερματολογική, Ουρολογική, Γυναικολογική, Μονάδα Λοιμώξεων, κλπ)									
Προγεννητικός έλεγχος									
Προγράμματα Screening, παρακαλώ καθορίστε									
Άλλο, παρακαλώ καθορίστε									
Υπογραφή επαγγελματία υγείας που πραγματοποιεί τη δήλωση									

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΣΥΦΙΛΗΣ ΑΠΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ
(έλεγχος μονάδων αίματος)

ΕΤΟΣ.....

13) Η Ανιχνευτική δοκιμασία (screening) διενεργείται: Στο ΕΚΕΑ ☐ Στο ΑΧΕΠΑ ☐

14) Η Επιβεβαιωτική δοκιμασία διενεργείται:

Στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Στο Νοσοκομείο Αφροδισίων Θεσσαλονίκης

Στην ίδια Αιμοδοσία

Αλλού, παρακαλώ καθορίστε:

.....

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<u>Α) ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ</u>			
<u>Β) ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ</u>	Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθμός	Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθ.	Ανιχνευτικής Δοκιμασίας (screening test) Αριθ.
	Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας Αριθμός	Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας Αριθμ.....	Επιβεβαιωτικής Δοκιμασίας Αριθμ.....

Υπογραφή επαγγελματία υγείας που πραγματοποιεί τη δήλωση